

平成 年 月 日

都道府県知事 殿

住所
開設者
氏名 印
[法人にあつては、主たる事務所の所在地及び
名称並びに代表者の氏名]
電話

病院病床転換届

次のとおり、病院の病床を転換する予定のため、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号。以下「規則」という。）附則第 51 条及び第 52 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

病院名称				
所在地				
開設許可年月日				
設置施設	名称			
	設置年月日			
	設置理由			
転換先施設	転換先名称			
	転換先所在地			
	転換予定年月日			
転換予定病床数	病床種別	設置施設病床数	他の病床数	病床数計
	療養病床	床	床	床
	精神病床	床	床	床

(注) この届出書には、次の書類を添付すること。

- 敷地の平面図
- 建物の平面図（設置施設に係る病室の部分を朱書で示すこと。）
- 各病室の概要（別記 1 に記載すること。）
- 転換予定年月日までの事業計画書（別記 2 に記載すること。）